

PREPARO PARA TRÂNSITO INTESTINAL

Médico: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____ h

- RN OU CRIANÇAS EM AMAMENTAÇÃO DE ATÉ 02 ANOS DE IDADE**
- Comparecer em jejum de 03 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.)
- CRIANÇAS DE 02 A 05 ANOS DE IDADE:**
- Comparecer em jejum de 04 a 05 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.)
- CRIANÇAS DE 05 A 15 ANOS DE IDADE :**
- Comparecer em jejum de 08 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc.)
- ADULTOS E IDOSOS:**
- Comparecer em jejum de 12 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc).
- Se paciente está gestante ou com suspeita de gestação; se sim, informar ao médico assistente.

Observações

- Comparecer 15 minutos antes do horário marcado.
- Só será remarcado o exame, se apresentar atestado médico.

Identificação do Formulário	Armazenamento/ Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte
Cód. REQ 360 Versão: 001 - Pág. 1 de 1	Arquivo específico da área/ cópia digital	Pasta específica/ colaboradores da área	Por nome e data	Eliminação	Reciclagem

PREPARO PARA TRÂNSITO INTESTINAL

Médico: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____ h

- RN OU CRIANÇAS EM AMAMENTAÇÃO DE ATÉ 02 ANOS DE IDADE:**
- Comparecer em jejum de 03 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.)
- CRIANÇAS DE 02 A 05 ANOS DE IDADE:**
- Comparecer em jejum de 04 a 05 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.)
- CRIANÇAS DE 05 A 15 ANOS DE IDADE :**
- Comparecer em jejum de 08 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc.)
- ADULTOS E IDOSOS:**
- Comparecer em jejum de 12 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc).
- Se paciente está gestante ou com suspeita de gestação; se sim, informar ao médico assistente.

Observações

- Comparecer 15 minutos antes do horário marcado.
- Só será remarcado o exame, se apresentar atestado médico.

Identificação do Formulário	Armazenamento/ Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte
Cód. REQ 360 Versão: 001 - Pág. 1 de 1	Arquivo específico da área/ cópia digital	Pasta específica/ colaboradores da área	Por nome e data	Eliminação	Reciclagem

PREPARO PARA TRÂNSITO INTESTINAL

Médico: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____ h

- RN OU CRIANÇAS EM AMAMENTAÇÃO DE ATÉ 02 ANOS DE IDADE:**
- Comparecer em jejum de 03 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.)
- CRIANÇAS DE 02 A 05 ANOS DE IDADE:**
- Comparecer em jejum de 04 a 05 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.)
- CRIANÇAS DE 05 A 15 ANOS DE IDADE :**
- Comparecer em jejum de 08 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc.)
- ADULTOS E IDOSOS:**
- Comparecer em jejum de 12 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc).
- Se paciente está gestante ou com suspeita de gestação; se sim, informar ao médico assistente.

Observações

- Comparecer 15 minutos antes do horário marcado.
- Só será remarcado o exame, se apresentar atestado médico.

Identificação do Formulário	Armazenamento/ Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte
Cód. REQ 360 Versão: 001 - Pág. 1 de 1	Arquivo específico da área/ cópia digital	Pasta específica/ colaboradores da área	Por nome e data	Eliminação	Reciclagem

PREPARO PARA TRÂNSITO INTESTINAL

Médico: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____ h

- RN OU CRIANÇAS EM AMAMENTAÇÃO DE ATÉ 02 ANOS DE IDADE:**
- Comparecer em jejum de 03 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.)
- CRIANÇAS DE 02 A 05 ANOS DE IDADE:**
- Comparecer em jejum de 04 a 05 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.)
- CRIANÇAS DE 05 A 15 ANOS DE IDADE :**
- Comparecer em jejum de 08 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc.)
- ADULTOS E IDOSOS:**
- Comparecer em jejum de 12 horas de alimentos e líquidos (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc).
- Se paciente está gestante ou com suspeita de gestação; se sim, informar ao médico assistente.

Observações

- Comparecer 15 minutos antes do horário marcado.
- Só será remarcado o exame, se apresentar atestado médico.

Identificação do Formulário	Armazenamento/ Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte
Cód. REQ 360 Versão: 001 - Pág. 1 de 1	Arquivo específico da área/ cópia digital	Pasta específica/ colaboradores da área	Por nome e data	Eliminação	Reciclagem